Quận Hạt San Diego

Cơ Quan Sức Khỏe và Nhân Sinh

Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi

**CHỈ ĐỊNH CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ GIẤY ỦY QUYỀN TIẾT LỘ CHI TIẾT Y KHOA**

Tôi/Chúng tôi Bệnh nhân M.R.

Tên người đứng tên hợp đồng bảo hiểm Liên hệ gì với bệnh nhân \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Xin chỉ định cho Quận Hat San Diego, hay các cơ quan hợp đồng với Quận Hạt San Diego, được nhận lãnh bất cứ phúc lợi trả từ bảo hiểm. (Xin vui lòng đưa số hợp đồng hay liên lạc với nhân viên bảo hiểm để đuợc giúp đỡ điền đơn dưới đây)

TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ CÔNG TY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SỐ HỢP ĐỒNG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SỐ THẺ HỘI VIÊN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CÓ HIỆU LỰC NGÀY \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MÃ SỐ GHI DANH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA THÂN CHỦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI ĐỨNG TÊN HỢP ĐỒNG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MÃ SỐ CỦA CÔNG ĐÒAN ĐỊA PHƯƠNG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***XIN VUI LÒNG KÝ TÊN VÀO HAI CHỖ DƯỚI ĐÂY***

***ĐỐI VỚI NHÓM BẢO HIỂM***

Ngòai những chi tiết bên trên, các hãng bảo hiểm phải có thêm những thông tin dưới đây, trước khi hóa đơn của hãng được trả tiền.

Tên của Chủ Nhân \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ của Chủ Nhân \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Số Hợp đồng của Nhóm Bảo Hiểm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Số Chứng chỉ/Hội viên \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tôi hiểu rõ và đồng ý là Tôi/Chúng tôi có trách nhiệm với Quận Hạt San Diego hay Cơ quan có Hợp đồng về những chi phí không được thanh tóan căn cứ vào bản thỏa hiệp này hoặc được quyết định của Phương Cách Trả Tiền Dựa Vào Khà Năng (UMDAP).

Tôi/Chúng tôi cho phép được tiết lộ chi tiết về việc chăm sóc mà tôi đã nhận tại Dịch Vụ Tâm Thần của Quận Hạt San Diego hay từ một Cơ quan Hợp dồng ở Quận hạt San Diego, dưa vào yêu cầu của Bảo Hiểm.

Khi quý vị ký tên vào đơn này, quý vị sẽ hưởng tất cả quyền lợi về những chương trình thuộc sức khỏe hành vi được cung cấp bởi Quận hạt San Diego, hoặc bởi những nhà thầu, để thanh toán, hoàn trả với bảo hiểm việc phục vụ cho quý vị. Bản sao của đơn này sẽ gởi tới những chương trình hoặc nơi mà quý vị nhận sự phục vụ, chữa trị trong phạm vi Quận hạt San Diego.

Ngày tháng Chữ ký của thân chủ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày tháng Chữ ký của người đứng tên hợp đồng \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| County of San Diego  Health and Human Services Agency  Behavioral Health Services  **ASSIGNMENT OF BENEFITS** | **Client:**  **MRN:**  **Program:** |